FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE 501

ANNEE 1966 POUR LE N°

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Daniel DELFAUT

né le 8 avril 1940 à Aubervilliers (Seine)

—

Présentée et soutenue publiquement le :

—

UNE PARASITOSE MECONNUE : LA LAMBLIASE.

—

Président : Mr. M. CONTE, Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE · PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

ANNEE 1966 POUR LE N°

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Daniel DELFAUT

né le 8 avril 1940 à Aubervilliers (Seine)

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

Présentée et soutenue publiquement le :

—

UNE PARASITOSE MECONNUE : LA LAMELIASE.

—

Président : Mr. M. CONTE, Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE · PARIS-Ve

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544324_0014

1/1/1966

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	GAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.) RICHET (G.)
Physiologie	DEJOURS (P.) ROUCAYROL (J.-Cl.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) GOUGEROT (L.) TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	N...
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CABROL (Ch.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie pathologique	BOUYSOU (Ch.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) et GONNARD (P.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (S.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) et GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque et Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A tous les miens.

A Monsieur le Professeur CONTE,

Professeur de la Chaire de Thérapeutique.

Médecin des Hôpitaux de Paris.

Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse, et nous
a inspiré son sujet.

En témoignage de notre attachement
et de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé FOUET

Dont l'aide nous a été si précieuse dans la réalisation de ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression de nos remerciements et de nos hommages respectueux.

A Monsieur le Docteur MALVEZIN.

En témoignage de notre reconnaissance pour
l'enseignement qu'il nous a donné.

A mes Maîtres d'Externat :

Monsieur le Professeur BROCARD.

Monsieur le Professeur CONTE.

Monsieur le Professeur LATASTE.

Monsieur le Professeur MACREZ.

Monsieur le Professeur PATEL.

Monsieur le Docteur SCHWOB.

A Monsieur le Docteur GOIFFON,

Sans l'expérience coprologique duquel ce travail n'aurait pu être mené à bien.

I N T R O D U C T I O N

Nous avons réuni, de I958 à I965, dans le Service du Professeur CONTE, 42 cas de lambliase.

Cette parasitose est connue depuis très longtemps, mais elle est bien souvent considérée comme secondaire. La banalité, l'oubli, la confusion, semblent être le lot de cette affection.

Le parasite a été mis en évidence à plusieurs reprises, de nombreuses appellations lui ont été données. Pendant de longues années on n'a été d'accord ni sur sa réalité, ni sur ses modalités nosologiques, ni sur son siège dans l'organisme.

Il est peu de parasitose pour lesquelles on ait décrit autant de formes cliniques, auxquelles on ait rattaché autant de signes.

La longue liste des médications successivement expérimentées et discutées apporte enfin sa part de controverses.

Au cours de notre travail, nous nous proposons, après un rappel historique et parasitologique, de déterminer la responsabilité du parasite dans la génèse des manifestations pathologiques.

Nous isolerons successivement les cas où la lambliase n'était qu'un épiphénomène des cas où elle était responsable de la symptomatologie, en étudiant pour chacun d'eux les caractéristiques cliniques et biologiques.

oOo

RAPPEL HISTORIQUE :

Ce serait en I68I que le parasite aurait été observé par VAN LOEWENHOECK dans ses propres selles. Plus de deux siècles s'écoulèrent entre cette obscure découverte et les premiers travaux des cliniciens cherchant à préciser son rôle pathogène et à fixer une thérapeutique. Cet intervalle fut occupé par des problèmes de nomenclature.

Parmi les nombreux synonymes, il semble que le terme de lamblia-intestinalis ait eu meilleure fortune car la dénomination commune de lamblia en est restée.

RAPPEL PARASITOLOGIQUE :

Le lamblia est un protozoaire de la classe des zooflagellés que l'on range dans l'ordre des diplozoaires. Le genre giardia comprend de nombreuses espèces, toutes parasites.

Gardia-intestinalis paraît propre, sinon à l'homme, du moins aux primates car les essais d'infestation d'autres mammifères se sont tous soldés par des échecs.

La recherche des kystes se fait par examen microscopique direct ou après enrichissement des selles. Ce sont des éléments ovoïdes de I2 microns de long sur 8 microns de large renfermant des stries ainsi que 2 à 4 noyaux.

L'identification du trophozoïte, forme végétative, mobile se fait uniquement dans les selles liquides examinées immédiatement. Son aspect vital est caractéristique car c'est un corps piriforme comparable à une tête de hibou ou à un cerf-volant animé de mouvements en chute de feuille.

Les examens coprologiques négatifs doivent être répétés en raison des phases de négativité, les kystes ne se retrouvant plus dans les selles. De telles périodes risquent de faire méconnaître la parasitose.

HABITAT :

Les lamblias colonisent électivement le 2ème duodénum vivant à la surface des cellules épithéliales dans un milieu liquide à P.H. acide. On ne trouve que des formes de résistance, kystiques, dans la partie terminale du grêle et du gros intestin. Les trophozoïtes observés dans les selles diarrhéiques ne font que traverser passivement l'intestin dont le transit est accéléré.

Un habitat biliaire électif est actuellement nié.

Le sulfate de magnésie de l'épreuve de MELTZER-LYON décapant la muqueuse et mobilisant les lamblias suffit à expliquer le grand nombre de formes végétatives ramenées par le tubage duodénal. Les cholécystectomies pratiquées chez des sujets infestés montrèrent toutes des vésicules normales.

Sur le plan de la parasitologie comparée giardia-muris, hôte fréquent de l'intestin grêle des souris, n'envahit jamais la vésicule biliaire de cet animal.

POUVOIR PATHOGENE :

Tous les auteurs se basent sur les effets d'une thérapeutique spécifique ou symptômatique, leurs positions pouvant se résumer à trois éventualités :

- les uns, tels SCHNEIDER-BRUMPT, considèrent comme certain le rôle pathogène des lamblias. Ils admettent cependant l'existence de porteurs sains. La virulence de ce flagellé peut être latente et se manifester tôt ou tard chez l'individu qui l'héberge ou chez un autre contaminé ultérieurement.
- A l'opposé quelques auteurs, tel MAC KINNEY, MONAT, LAVIER, dénient tout rôle pathogène au lamblia qui ne ferait que coëxister avec des troubles gastro-entérologiques variés.

- D'autres adoptent une position intermédiaire, les parasites n'auraient généralement pas de pouvoir pathogène mais pourraient aggraver un état intestinal déjà mauvais (DARNAUD, SARDOU).

FREQUENCE :

La contamination se fait par l'eau de boisson et les aliments souillés. Cette maladie des mains sales touchant électivement l'enfant verra sa fréquence varier avec le degré d'hygiène des collectivités. Bien qu'elle s'observe avec prédilection dans les pays à climat chaud, cette parasitose ne peut être considérée comme une maladie coloniale.

Les diverses statistiques de l'INSTITUT PASTEUR de I926 à I958 trouvent une proportion de IO %, 8 %, IO % et enfin de 7 % en I958 lors d'un travail de L. LAMY.

LIGNY en I965 constate une fréquence égale à 7 %.

oOo

E T U D E C L I N I Q U E

Matériel d'étude :

- Nous avons réuni 42 observations de lambliase confirmée par la présence de kystes dans les selles.
  Chez 2 malades, l'examen coprologique révèla des formes végétatives.
- Les hommes sont en proportion plus importante (75 %) que les femmes (25 %),
- l'âge moyen se situe autour de 30 ans,
- 23 malades, soit la moitié ont effectué un séjour outre-mer essentiellement en Afrique-du-Nord à l'occasion du service militaire.
  Une notion de contage est cependant discutable car la parasitose a été découverte plusieurs mois après leur retour en France. Toutefois la plupart de ces malades ont été atteints d'épisodes diarrhéiques au cours de leur séjour et ceux-ci ont peut-être favorisé l'apparition d'un état colitique.

Méthodes de classement :

Nous pouvons classer ces 42 observations en deux groupes :

- Le Ier groupe est représenté par les cas de lambliase-maladie. Tantôt la parasitose apparaît comme l'unique facteur déterminant les manifestations pathologiques. Ailleurs, elle semble partager avec un état colopathique la responsabilité de la génèse des troubles.
- Le 2ème groupe est celui où la lambliase coexiste avec une autre maladie. Les lamblias n'ont aucune responsabilité dans le déterminisme de la symptômatologie et l'infestation parasitaire peut-être considérée comme un épiphénomène.

Une telle classification est basée sur la comparaison des résultats cliniques et parasitologiques après traitement spécifique.

Le rôle du parasite sera tenu pour certain lorsque sa disparition s'accompagne d'une guérison.

Les contrôles parasitologiques doivent être répétés en raison des phases de négativité.

Pour ne pas alourdir l'exposé, nous décrirons seulement quelques observations caractéristiques de chaque catégorie.

Ier Groupe : LAMBLIASE MALADIE

Nous exposerons les observations de trois malades pour lesquels la parasitose est seule responsable d'un syndrome de dénutrition grave avec malabsorption.

Monsieur BUD... Léon, âgé de 52 ans, lamineur en cuivre se plaint depuis six mois de douleurs abdominales de topographie variable.

Elles débutent après le petit déjeuner, persistant toute la matinée, pour se calmer dans l'après-midi.

Elles s'accompagnent d'une diarrhée faite de 8 à I0 selles, très liquides, mousseuses, jaunes, émises essentiellement le matin.

L'atteinte de l'état général est marqué avec une asthénie importante, une anorexie et un amaigrissement de I2 Kgs. en 8 mois. La température est normale.

L'examen révèle l'existence d'oedèmes malléolaires, bilatéraux ; la palpation retrouve une douleur dans la fosse iliaque droite.

Le toucher rectal, l'anuscopie et la rectoscopie n'apportent rien.

- La numération formule sanguine objective une anémie à 3.200.000, hyperchrome, la sidérémie étant de I75 microgrammes pour I00 avec un coëfficient de saturation à 0,53.
  La vitesse de sédimentation est normale.
- L'exploration radiologique de l'estomac ne révèle aucune anomalie gastrique. Il existe par contre un aspect fonctionnel des dernières anses iléales lors du transit du grêle. La mobilité et la souplesse des dernières anses sont conservées. Il n'y a pas d'hypertonie au niveau du coecum.

- Le tubage gastrique met en évidence une achlorhydrie, l'acidité totale maximum étant égale à I6 meq./l. alors que l'acidité libre est nulle.

  La biopsie gastrique révèle un aspect de gastrite atrophique avec un épithélium de surface érodé, une muqueuse épaisse, la musculaire muqueuse étant également épaissie avec des infiltrats mononucléés.

- L'examen parasitologique des selles retrouve la présence de nombreux kystes de lamblias.

- L'examen coprologique montre des selles pâteuses légèrement acides au tournesol. Les fonctions gastriques sont bonnes, par contre la digestion intestinale des fibres musculaires et des graisses est insuffisante.

  Le transit n'est pas accéléré, la cellulose et l'amidon ne sont pas augmentés et la flore iodophile est d'importance normale.

  Le dosage des acides organiques est élevé atteignant 3I,6 cm^3 de même que le taux d'ammoniaque égal à 8,4. Le P.H. est acide à 6,6.

  La digestion insuffisante des fibres musculaires et une stéatorrhée, une augmentation des fermentations acides et des putréfactions caractérisent cet examen.

- L'hypoprotidémie suspectée devant les oedèmes est confirmée par un taux de protides à 58 g./l. avec rapport $\frac{\text{albumine}}{\text{globuline}}$ égal à 35/25.
  L'immunoélectrophorèse objective une diminution des albumines et des gamma globulines alors que les alpha 2 et les béta sont augmentées.

  Le test aux albumines marquées affirme l'existence d'une déperdition protidique car après injection intra-veineuse de I5 micro curies et recueil des selles pendant I5 jours, la radio-activité fécale atteint 0,90 % de la quantité injectée, la normale étant inférieure à 0,50 %.

- Une courbe plate d'hyperglycémie provoquée par voie orale témoigne d'un défaut d'absorption des glucides avec une flèche maximum de 0,25 g./l.) et une xylosurie de 3,25 g./l. (normale supérieure ou égale à 4,8 g./l.).

  L'anémie hyperchrome a conduit à pratiquer un test de Schilling à la vitamine B I2 marquée qui s'est avéré normal.

- Un traitement associant successivement une cure de flagyl à raison de deux comprimés pendant IO jours et une cure de trois comprimés de quinacrine pendant 6 jours fut institué.

  Le seul flagyl entraîna la disparition des kystes de lamblias dans les selles et une importante amélioration clinique.

  La reprise de l'appétit s'accompagna d'une prise de poids, d'une disparition des oedèmes et de la diarrhée.

La stéatorrhée avait cessé trois semaines après le début du traitement car le dosage pondéral des graisses était de I,IO g le Ier jour, 3,5 g. le 2ème et I,3 g. le 3ème (normale jusqu'à 5 g./24 h.).

De même l'épreuve à la trioléïne marquée à l'iode I3I et à l'acide oléïque marqué au brome 82 s'avérèrent normales.

L'élimination urinaire de trioléïne était de 67,45 % (normele 70 %) et son élimination fécale de 3,I5 % (normale inférieure à 4 %).

L'élimination de l'acide oléïque était de 26,80 % dans les urines (normale I2 - 25 %) et de I,25 % dans les selles (normale inférieure à 6 %).

La disparition de la stéatorrhée s'accompagnait d'une normalisation progressive des protides, 68 g./l. avec un rapport albumine/globuline égal à 33/25, puis 7I g./l. avec S./G. = 43/28.

L'absence de kyste affirmant la guérison parasitologique fut vérifiée à trois reprises.

Cependant, un incident vint troubler cette évolution en la reprise de la diarrhée après l'arrêt du flagyl et la quinacrine s'avèra inefficace. Un tubage protégé du grêle ne retrouve pas de lamblias mais révèle la présence de colibacilles responsables de ce nouvel épisode qui s'amenda rapidement sous colimycine.

Le rôle pathogène des lamblias est certain dans ce syndrome de dénutrition grave car tous les troubles cliniques et biologiques disparaissent après destruction du parasite vérifiée par tubage duodénal.

M. GILL... Pierre, âgé de 32 ans se plaint depuis un an d'une diarrhée faite de 3 à 4 selles pâteuses, accompagnées d'une sensation de ballonnement abdominal post-prandial.

L'asthénie est intense, l'anorexie est complète et l'amaigrissement atteint 6 kgs.

L'examen révèle l'existence d'oedèmes malléolaires indolores, l'abdomen est souple, le toucher rectal, suivi de rectoscopie est normal.

- La numération formule sanguine objective une anémie à 3.000.000, normochrome associée à une hyperleucocytose à I4.600. La vitesse de sédimentation est à IO - 30 - 57.

- Le repas baryté met en évidence des plis volumineux au niveau de la grosse tubérosité et du corps de l'estomac.
  La gastroscopie permet de porter le diagnostic de gastrite hypertrophique devant l'aspect d'une muqueuse propre et non fragile sur toute la portion verticale, l'antre étant normal.

  La biopsie met en évidence une gastrite interstitielle aiguë intense avec pullulation de polynucléaires picnotiques dans le chorion inter-glandulaire.

Il existe une hypochlorhydrie avec une acidité totale égale à 56 meq./l. et une acidité libre maximum de 36 meq./l.

- Le transit baryté du grêle retrouve un aspect fonctionnel du jéjunum, le coecum et les dernières anses iléales vérifiés par un lavement baryté sont normaux.
- L'examen coprologique portant sur une selle pâteuse, neûtre au tournesol, met en évidence de nombreux kystes de lamblias.
  Les fonctions gastriques et intestinales sont bonnes.
  L'évacuation est accélérée avec une cellulose digestible et un amidon abondant.
  La flore iodophile composée essentiellement de leptothrix est nombreuse.
  Le P.H. est à 6,8, les acides organiques étant modérément augmentés à I5,2 cm^3.
  Une accélération du transit, une flore iodophile riche, une discrète prédominance des fermentations et la présence de kystes de lamblias caractérisent cet examen coprologique.

Le dosage pondéral des graisses dans les selles retrouve une stéatorrhée avec 2,90 g./24 h. le Ier jour, 6,70 g. le 2ème et 6,I0 g. le 3ème.
La glycémie est à 0,85 g./l.
Les protides sanguins sont effondrés à 45 g./l. avec un rapport sérine/globuline égal à 24/2I.
L'épreuve aux albumines marquées affirme la fuite protidique avec une radio-activité fécale à 0,60 % de la radio-activité injectée.
La durée de demi-vie de l'albumine est égale à 7,5 jours (normale I3 à I7 jours).
L'ensemble de ces troubles est analogue à ceux du malade précédent,
la lambliase s'accompagne d'un syndrome de dénutrition, d'une hypoprotidémie, d'une stéatorrhée, d'une hypoglycémie et d'un aspect fonctionnel du grêle supérieur.

Une cure de flagyl à raison de deux comprimés par jour est entreprise.

Elle est suivie d'une importante amélioration car l'asthénie et l'anorexie ont disparu, les oedèmes ont fondu. La courbe de poids est passée de 55,5 kgs. à 58 kgs.

Le taux des protides est à 57 g./l. avec un rapport sérine/globuline égal à 36/2I.

Le malade est vu en consultation un mois après son hospitalisation, la diarrhée a cessé, le poids atteint 60,5 kgs. La numération sanguine est normale avec 3.800.000 globules rouges et 8.400 globules blancs.

La lambliase paraît seule responsable des troubles chez ce malade en raison d'une évolution favorable sous traitement spécifique.

Le troisième malade est un jeune militaire âgé de 26 ans, Monsieur HARD... Jean-Claude, qui a effectué un séjour de I2 mois en Afrique-du-Nord.

Depuis, il se plaint d'une diarrhée permanente s'exagérant par poussées de IO selles liquides. Elle s'accompagne de douleurs abdominales prédominant dans la fosse iliaque droite, et de ballonnement post-prandial.

L'anorexie est globale, l'asthénie est marquée.

L'examen ne révèle qu'une sensibilité du cadre colique qui est gargouillant.

Le diagnostic est d'emblée orienté vers une parasitose que confirme la découverte de kystes de lamblias.

- L'examen coprologique portant sur une selle pâteuse, acide au tournesol ne montre aucune altération des fonctions gastriques.

Par contre la digestion des fibres musculaires est insuffisante et les graisses neutres, les acides gras et les savons sont retrouvés en abondance.

La richesse en cellulose et en amidon traduit une évacuation accélérée. La flore iodophile est rare.

Les putréfactions dominent avec un taux d'ammoniaque, légèrement augmenté à 3,6 cm^3, les acides organiques étant normaux à I4 cm^3

- une amylasémie est légèrement augmentée à I5I unités Somogyi.

La glycémie est à 0,85 g./l.

Le cliché sans préparation de l'abdomen ne montre pas de calcifications dans la région pancréatique.

Le lavement baryté, la cholécystographie n'apportent rien.

- Une cure de deux comprimés de flagyl pendant une semaine est suivie d'une disparition de la diarrhée et des douleurs abdominales alors que l'examen parasitologique des selles ne retrouve plus de kystes. Un contrôle effectué I5 jours plus tard reste négatif.

Une nouvelle amylasémie est à 78 unités.

L'atteinte pancréatique primitive peut être éliminée en raison du bon état général, de l'absence de calcifications pancréatiques et du taux normal de l'amylasémie.

La régression des troubles après traitement spécifique plaide en faveur de la responsabilité de la lambliase.

oOo

Après l'exposé de ces trois observations, nous abordons l'étude des manifestations cliniques et biologiques des cas où la lambliase a été retenue comme facteur déterminant.

Matériel et méthodes de classement :

Nous relevons 40 malades pour lesquels la lambliase est en cause, la proportion d'hommes étant trois fois supérieure à celle des femmes.

Les divers symptômes seront classés en trois groupes : intestinaux, gastriques et neuro-végétatifs.

"Il est peu de parasitoses, dit SCHNEIDER, pour lesquelles on ait décrit autant de formes camouflées, auxquelles on ait rattaché autant de signes. Les symptômes les plus variés ont été rapportés à la lambliase, forme fébrile, forme cardio-vasculaire, forme respiratoire..... Seule la découverte du parasite et l'action favorable de la thérapeutique permettent de donner une autonomie bien précaire à des formes qui pour beaucoup d'autres auteurs sont extrêmement discutables".

MANIFESTATIONS FONCTIONNELLES :

La diarrhée domine la symptomatologie et nous la retrouvons chez 3I malades, soit 85 % des cas.

LIGNY l'observe dans une proportion un peu moindre de 70 %.

Ses caractères sont ceux décrits par HILLEMAND-GOIFFON : "Il s'agit de 5 à 6 selles par jour, molles, pâteuses, bouse de vache, non moulées beaucoup plus que liquides. Dans l'ensemble, il n'y a ni glaires ni sang, ni fausses membranes".

Des poussées atteignant IO selles par jour peuvent venir se greffer sur ce fond de diarrhée chronique depuis plusieurs mois

- Une alternance de diarrhée et de constipation a été observée chez 5 malades, soit I2 %.
  LIGNY constate une proportion plus forte de 30 %.
  Cette alternance de troubles du transit n'a été relevée que dans les cas où un état colitique s'intriquait avec la parasitose.
- De même la constipation dont se plaignaient 3 malades était préexistante à l'infestation parasitaire et persista inchangée après elle.

Les douleurs abdominales s'associent constamment aux épisodes diarrhéiques.

Nous les relevons chez 24 malades, soit dans la moitié des cas, ce pourcentage étant retrouvé par LIGNY.

Elles sont d'intensité modérée, variables dans leur siège et leurs caractères. Le plus souvent diffuses à tout l'abdomen, elles prédominent cependant dans I5 % des cas au niveau de l'hypochondre droit. Cette localisation élective a été également notée par LIGNY dans 8 % de ces observations.

Chez 4 malades, la sensation douloureuse fait place à une digestion lente, pénible avec ballonnement abdominal, pesanteur et gargouillement.

Nous n'avons jamais observé de réactions douloureuses de la fosse iliaque droite qui justifieraient les formes appendiculaires décrites.

La diarrhée associée aux douleurs abdominales constitue la manifestation la plus fréquente.

Les douleurs épigastriques individualisent les formes hautes de la lambliase.

I7 malades sur 40, soit 43 %, présentent une symptomatologie épigastrique, ces troubles arrivant en 2ème position.

Les douleurs sont dans tous les cas atypiques, sans périodicité, non rythmées par les repas. Elles sont plus souvent à type de pesanteur, de ballonnement ou de brûlure qu'à type de crampes et elles s'associent constamment à des troubles du transit.

La lecture des articles frappe par l'insistance sur les aspects pseudo-ulcéreux qui pourraient faire évoquer l'ulcère duodénal. Or, dans les cas où la lambliase est seule en cause, il ne s'agit jamais d'une véritable symptomatologie ulcéreuse car la douleur est toujours atypique. Les traitements anti-ulcéreux se sont toujours soldés par un échec. Le transit gastro-duodénal infirmait constamment le diagnostic d'ulcère précédemment porté car il n'y avait jamais de niche visible.

Ce syndrome douloureux épigastrique est constitué de troubles dyspeptiques banaux et un interrogatoire précis, patient ne laisse subsister aucun doute.

L'observation de Monsieur BERN... Pierre illustre ces faits :

Depuis plusieurs années et peut-être plus précisément depuis un épisode diarrhéique survenu en Afrique-du-Nord, le malade se plaint de brûlures épigastriques vives, d'aigreur, sans lien direct avec les repas, prédominant le matin à jeun, sans crampes, non périodiques et rebelles au traitement anti-ulcéreux. Ces troubles ont été rapportés sur plusieurs clichés antérieurs à une maladie ulcéreuse. Ils s'associaient à une tendance diarrhéique avec selles pâteuses.

Ces brûlures ne semblent pas pouvoir être expliquées par une nouvelle série de radiographies qui permettent d'éliminer une lésion ulcéreuse évolutive.

Le bulbe difficile à saisir est cependant aperçu sur plusieurs clichés et il est homogène et régulier. L'estomac est du type "estomac en cascade" mais il n'existe ni anomalie des courbures, ni gros plis. Le cadre duodénal est normal et il n'a pas été mis en évidence de reflux ou de hernie hiatale.

Ces constatations, jointes aux atypies du syndrome fonctionnel, au tubage, dont les résultats sont normaux, permettent de penser qu'il s'agit d'un trouble fonctionnel.

Une recherche de parasite dans les selles retrouve de nombreux kystes de lamblias et fait évoquer la possibilité du rôle de cette parasitose.

La quinacrine entraîne la disparition des kystes et l'amélioration des troubles du transit et des manifestations épigastriques.

Les manifestations neuro-végétatives groupent un ensemble de troubles variés à type de nausées rarement de vomissements, de céphalées banales, de digestions lentes, de lipothymies.

Cette symptomatologie disparate a été observée chez I3 malades dont 6 femmes.

L'association de ces troubles aux résultats de l'épreuve de MELTZER LYON a fait individualiser par certains auteurs une forme entéro-hépatique de la lambliase, la vésicule étant le repère électif du parasite.

Cependant, il n'a jamais été observé de symptomatologie évocatrice d'une obstruction ou d'une infection des voies biliaires que ce soit douleur, ictère ou fièvre. Les cholécystographies se sont toujours avérées normales. La vérification anatomique a enfin montré dans tous les cas une vésicule indemne de parasites.

HILLEMAND rapporte l'observation de l'un de ses malades chez lequel on avait découvert la présence de lamblias dans la bile et qui exigea une intervention chirurgicale. La vésicule était normale et la bile ne contenait aucun parasite.

"S'il existe une forme entéro-hépatique de la lambliase, écrit HILLEMAND, évoluant sous l'aspect de réactions vésiculaires d'allure banale, elle semble due plus volontiers à de l'oedème de la papille ou à une duodénite".

De même SCHNEIDER conclut : "En réalité, il semble bien que ces troubles soient bien plus des troubles réflexes d'origine duodénale que dus à la présence de parasites dans les voies biliaires intra ou extra-hépatiques. C'est dire que les angiocholites et les hépatites suppurées qui peuvent survenir chez les malades porteurs de lamblias ont certainement une autre cause, surinfection microbienne ou association à l'amibiase".

Nous pouvons rappeler l'observation de Madame PIERR... Henriette originaire d'Afrique-du-Nord qui se plaignait depuis deux mois de douleurs épigastriques, sans rythme, sans périodicité associées à des douleurs de la fosse iliaque gauche.

Ces troubles digestifs étaient complétés par un état nauséeux permanent. Il n'y avait pas d'amaigrissement, pas de fièvre.

Un examen parasitologique des selles retrouva de nombreux kystes de lamblias, pour lesquels aucun traitement spécifique ne fut donné.

Un an plus tard la malade est vue à notre consultation pour le même syndrome douloureux, par contre les vomissements sont plus fréquents associés à des céphalées frontales, des lipothymies et des bourdonnements d'oreille.

Une cholécystographie est normale de même qu'un transit gastro-duodénal et qu'un lavement baryté.

Un examen coprologique retrouve les kystes de lamblias.

Une cure de flagyl entraîne une amélioration de l'ensemble des troubles.

Conclusions :

Les signes intestinaux sont les plus fréquents, représentés par la diarrhée (85 %) et les douleurs abdominales (50 %).

Les troubles dyspeptiques banaux se retrouvent dans 43 % des cas et coexistent avec les manifestations intestinales.

Les troubles neuro-végétatifs (33 %) sont constamment associés aux symptômes digestifs et s'observent électivement dans le sexe féminin.

Aucun élément de cette symptomatologie n'est spécifique à l'infestation parasitaire, ce qui risque de faire égarer le diagnostic si l'on n'a soin de demander un examen parasitologique des selles.

SIGNES GENERAUX :

L'altération de l'état général est le plus souvent discrète associant une baisse de l'appétit, une asthénie modérée et un amaigrissement peu important.

L'amaigrissement est retrouvé dans une proportion de 33 %, LIGNY l'observant dans 28 % des cas.

La perte de poids est en moyenne de 4 à 5 kgs. Elle est cependant plus marquée dans le petit nombre de cas où la lambliase était responsable d'un syndrome de malabsorption, atteignant I2 kg chez un malade.

L'existence d'une température élevée a permis à MULLER d'individualiser des formes fébriles caractérisées par une action rapide de la thérapeutique sur la courbe thermique.

Il s'agit de malades en assez bon état général dont la température oscille autour de 38°, l'examen clinique ne révèlant rien d'autre que de vagues douleurs abdominales.

Les examens de laboratoire ne montrent ni anémie, ni leucocytose et la vitesse de sédimentation est normale. Cette fièvre est isolée, sans aucun signe d'accompagnement hormis la présence de lamblias à l'examen parasitologique.

De telles formes n'ont pas été relevées chez nos malades, la température oscillant toujours entre 37° 37°5, sauf une seule fois où elle atteignait 38° mais elle s'accompagnait de selles pâteuses, de douleurs abdominales et de céphalées.

"Il semble bien que l'exaltation de la virulence microbienne par les giardias, écrit SCHNEIDER, soit plus responsable de l'état fébrile que le parasite lui-même".

L'observation de Madame QUINT... confirme la responsabilité des germes microbiens associés aux parasites dans le déclenchement de cette pyrexie.

C'est l'incision d'un abcès périnéal avec fistule persistante qui ouvrit la scène clinique. Un épisode diarrhéique lui succèda trois mois plus tard, d'étiologie indéterminée et pour lequel une antibiothérapie polyvalente fut instituée.

Ce traitement fut inefficace car la diarrhée s'exagéra, devint liquide et sanguinolente alors que la fièvre s'élevait à 40°.

Adressée dans le service, un premier examen de selles révèle la présence de lamblias, sous leur forme végétative, mobile, dans un liquide purulent, verdâtre et afécal.

La leucocytose est à I4.I00 avec une prédominance de polynucléaires neutrophiles alors qu'il n'y a pas d'éosinophiles et la vitesse de sédimentation est accélérée à 9I - I34 - I4I.

La coproculture met en évidence un staphylocoque pathogène

Une antibiothérapie par flabelline et Penistaph associée à la quinacrine est suivie d'une disparition de la diarrhée et d'un retour à 37° de la courbe thermique.

La coproculture et les examens parasitologiques successifs affirment la disparition du staphylocoque et des lamblias.

Le staphylocoque pathogène apparaît bien comme responsable de cette fièvre à 40° que nous n'avons jamais observée lorsque les lamblias étaient seuls en cause.

EXAMEN PHYSIQUE :

L'examen physique n'apporte le plus souvent aucun élément diagnostique, tout au plus la palpation réveille-t-elle une sensibilité du cadre colique. De même la rectoscopie pratiquée systématiquement est normale.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Numération formule sanguine :

- Le chiffre des globules rouges n'est pas modifié sauf chez deux malades ayant un syndrome de malabsorption.
  L'anémie autour de 3.000.000 normochrome dans un cas et hyperchrome dans l'autre semble être en rapport avec le défaut d'absorption des protides ou des facteurs vitaminiques, acide folique, vitamine B I2. L'évolution sous traitement en apporte la preuve car l'anémie se répare rapidement après disparition du parasite et de la diarrhée.
- La leucocytose est normale, son élévation devant faire suspecter une infection microbienne associée.

- L'éosinophilie se situe chez I3 malades entre I et 3 %, elle atteint 4 et 5 % chez 8 autres et ce n'est que chez deux malades qu'elle est à 9 et I0 %.

Cette éosinophilie est le plus souvent normale ou subnormale, une élévation importante devant faire rechercher une autre parasitose associée à la lambliase. Tel le cas de cette malade dont le taux d'éosinophiles était à I7 % et chez qui l'on trouva un taenia coexistant avec giardia-intestinalis.

Tubage gastrique :

7 tubages ont été pratiqués en raison de manifestations dyspeptiques.

Parmi ceux-ci nous relevons :

- I hyperchlorhydrie avec une acidité totale à I38 et une acidité libre à I22 meq./l. le diagnostic d'ulcère fut confirmé radiologiquement et la lambliase n'avait qu'un rôle très accessoire.
- 2 normochlorhydries.
- 3 hypochlorhydries, l'acidité totale étant autour de 50 meq./l. et l'acidité libre à 30 meq./l.
- I achlorhydrie car l'acidité totale est à I6 meq./l. et l'acidité libre est nulle.

Chez 4 malades sur 7 la lambliase s'accompagne d'une diminution de l'acidité gastrique, soit 57 % des cas. LIGNY note une proportion de 35 %.

Nous observons une hyperacidité chez un seul malade et elle est imputable à un ulcère bulbaire alors que LIGNY la retrouve dans 25 % des cas.

Si nous pouvons affirmer que la lambliase coexiste dans plus de la moitié de nos cas avec une hypochlorhydrie, il est par contre difficile d'établir une relation entre ces deux éléments.

GOIFFON explique l'association d'achlorhydrie et de selles acides fréquemment observée dans la lambliase par une atteinte gastrique secondaire aux fermentations.

En outre, la plupart des auteurs qui depuis CHAUFFARD ont étudié les entérites ou les colites ont été frappés par la fréquence des hypo ou des achlorhydries après une longue évolution.

Investigations radiologiques :

- Les cholécystographies demandées devant des manifestations pseudo-biliaires se sont toujours révélées normales.
  De même le lavement baryté effectué en présence de troubles du transit a toujours confirmé l'intégrité de la muqueuse colique sauf chez un malade atteint de polypose diffuse.
  Le transit gastro-duodénal pratiqué chez les malades qui avaient été adressés avec la suspicion d'ulcère a constamment infirmé ce diagnostic sauf une seule fois, la clinique étant d'ailleurs évocatrice.

  Il y a bien longtemps que l'on décrit chez les porteurs de parasites intestinaux en particulier de lamblias infestant le duodénum des troubles dyspeptiques voire de véritables crises gastriques écrit CATTAN, mais ce n'est que depuis peu que l'on est en mesure de rattacher ces symptômes fonctionnels à des aspects radiologiques précis. Nous avons observé des images de duodénite, bulbe peu homogène, effiloché, aspect perlé ou même nettement polypoïde du Ier duodénum, aspect rétréci, effilé du 2ème duodénum, gros plis épaissis laissant stagner la baryte. L'épreuve à la morphine nous a montré à chaque fois qu'il s'agissait d'images fonctionnelles disparaissant sous l'influence de la drogue. Ces manifestations sont déterminées par une action locale directe sur la muqueuse avec inflammation et oedème"

Nous avons observé chez trois malades adressés avec la suspicion d'ulcère un bulbe intolérant, mal injecté, difficile à saisir, peu homogène dont l'aspect se modifiait sous morphine.

Ces mêmes images radiographiques fonctionnelles sont retrouvées lors du transit du grêle dans les deux observations où la diarrhée importante s'accompagnait d'un syndrome de malabsorption. Elles touchent le grêle supérieur et moyen, contrastant avec un aspect normal des dernières anses iléales et du coecum.

- Si la lambliase ne se traduit dans la majorité des cas par aucune manifestation radiologique, elle peut cependant être responsable d'aspects fonctionnels comme chez 5 de nos malades, LIGNY les notant dans 8 cas.

Examen coprologique :

I9 examens coprologiques ont été pratiqués chez des malades porteurs de lamblias, à l'exclusion de tout autre parasite.

CHORINE et TANGUY, en I945, conclurent que le régime à tendance végétarienne favorise le développement des parasitoses en exagérant les fermentations acides.

MANDOUL et PAUTRIZEL, en I946, observèrent une augmentation des fermentations et des putréfactions au cours de la lambliase, cette association en apparence paradoxale ayant été observée par GOIFFON.

Une étude plus récente due à DARNAUD et SARDOU constate une prédominance des fermentations acides gazeuses ou non gazeuses lorsque giardia intestinalis est seul en cause. LIGNY en I965 retrouve une majorité de fermentations acides gazeuses.

L'aspect macroscopique apprécie l'hydratation des selles, celles-ci étant le plus souvent pâteuses ou molles, ce qui correspond à 80 %, 85 % d'eau.

Leur couleur est brune, la bilirubine n'étant retrouvée qu'une seule fois.

La rapidité du transit est jugée sur la digestion de la cellulose et de l'amidon, sur l'abondance de la flore iodophile et sur l'état des pigments biliaires.

- Une accélération du transit n'aura pas laissé le temps aux germes intestinaux de mener à bien la digestion de la cellulose et de l'amidon qui se retrouvent en quantité abondante dans les selles. GOIFFON a expliqué la dissociation entre une cellulose abondante et un amidon rare par le fait que le pain et les féculents sont moins consommés et que l'amidon transformé en partie par l'amylase pancréatique est digéré plus vite que la cellulose arrivant intacte.
- Si la constatation d'une flore colorable par l'iode est l'indice d'une évacuation rapide, son absence ne permet pas de l'infirmer car celle-ci est extrêmement sensible aux antibiotiques.

  La discordance entre la cellulose abondante et une flore iodophile pauvre a été observée à plusieurs reprises.
- La bilirubine témoignant d'une accélération à partir de l'iléon terminal n'a été retrouvée qu'une seule fois et il s'agissait d'une diarrhée post-antibiotiques compliquant une lambliase

Parmi ces I9 examens coprologiques, la cellulose est en quantité abondante dans I4 cas alors que l'amidon n'est augmenté que dans 9 cas.

La flore iodophile est développée chez 9 malades avec une prédominance des clostridies sur les leptothrix.

La bilirubine évocatrice d'une diarrhée par antibiotiques n'est pas retrouvée dans les observations où la seule lambliase est en cause.

La parasitose est responsable dans 78 % des cas d'une évacuation accélérée, l'abondance de la cellulose étant l'élément

le plus fidèle associé dans une égale proportion à une richesse en amidon et à une flore iodophile nombreuse.

Le P.H. est la résultante de la teneur en acides organiques et en ammoniaque.

Les acides proviennent de la fermentation des hydrates de carbone sous l'influence de la flore iodophile et l'ammoniaque est le produit de la putréfaction microbienne des albumines.

La valeur normale du P.H. se situe de 6,8 à 7 pour un taux d'acide allant de I4 à I6 cm^3 pour I00 g. de selles et d'ammoniaque égal à 2 ou 3 cm^3.

Les fermentations acides sont exagérées chez I3 malades sur I9.

La valeur des acides organiques se situe généralement autour de I8/20 cm^3, pouvant cependant atteindre 3I,6 cm^3.

Chez 3 malades leur taux est normal ou augmenté de façon non significative.

De même ce n'est que dans 3 cas qu'il est inférieur à la normale.

Les fermentations acides apparaissent donc dominantes au cours de la lambliase avec 70 % des cas. La proportion avancée par DARNAUD et SARDOU est encore plus importante car elle est de 90 %.

Le taux d'ammoniaque est supérieur 8 fois à la normale mais ce n'est que dans trois cas que les putréfactions isolées dominent, soit I5 %.

Chez les cinq autres malades, elles s'associent à des fermentations excessives.

GOIFFON a expliqué cette association en apparence paradoxale par le fait qu'un excès de fermentations peut entraîner secondairement l'irritation de la muqueuse et des putréfactions excessives.

Les fermentations acides exagérées s'observent dans 70 % des cas, elles s'associent à des putréfactions élevées dans 25 % des observations alors que les putréfactions isolées dominent chez I5 % des malades.

Les indices microbiens sont en équilibre dans une proportion de I5 %, le P.H. ne subissant aucune modification.

Conclusions :

L'examen coprologique fonctionnel objective au cours de la lambliase une accélération du transit et une prédominance des fermentations acides.

L'antibiothérapie prescrite à l'aveugle peut remanier les syndromes et leur faire revêtir toutes les caractéristiques d'une diarrhée post-antibiotique comme chez deux de nos malades.

La diarrhée est importante ; liquide, verdâtre. La bilirubine n'est pas réduite, la flore iodophile est absente alors que la cellulose et l'amidon sont éliminés en quantité abondante.

7 examens coprologiques ont été pratiqués chez d'anciens malades en raison de la persistance de manifestations fonctionnelles alors que le parasite n'est plus retrouvé dans les selles.

Parmi ceux-ci nous constatons :

- I fois la présence de trichocéphales associée à une prédominance des putréfactions.
- 6 fois l'existence de signes de colite droite avec accélération du transit, abondance de la flore iodophile et augmentation des fermentations.

DARNAUD et SARDOU ont effectué I8 examens systématiques chez d'anciens malades guéris, du moins parasitologiquement. Ils

notent que 80 % ont des selles normales ; dans cette catégorie se trouvent des malades guéris à la fois sur le plan clinique et parasitologique.

Dans 20 % des cas, il existe encore quelques symptômes à type de colite droite ou gauche.

Syndromes de malabsorption :

Les fonctions gastriques étaient satisfaisantes, même lorsque le tubage montrait des modifications du chimisme.

Par contre, nous avons observé à trois reprises une insuffisance de digestion des graisses et des fibres musculaires, témoin d'un déficit bilio-pancréatique externe.

L'association de lambliase duodéno-jéjunale et d'insuffisance pancréatique externe est connue depuis longtemps ; Melvin KAYCE en rapporte deux cas dans sa thèse et CATTAN l'a signalée plusieurs fois.

L'explication donnée est variable, l'insuffisance pancréatique serait responsable de conditions favorables à la pullulation du parasite ou bien les lamblias agiraient directement par colonisation des canaux excréteurs ou par destruction des enzymes.

Stéatorrhée :

Le déficit en lipase se traduit par une stéatorrhée faite de graisses neutres mais aussi d'acides gras et de savons car la lipolyse peut s'effectuer sous l'action de lipases intestinales, leucocytaires ou microbiennes.

Le dosage pondéral des graisses confirma cette stéatorrhée chez un malade avec des taux supérieurs à 5 g./24 h.

Insuffisance de digestion des fibres musculaires et hypoprotidémie

Un temps de contact insuffisant entre la trypsine et la viande est responsable de la mauvaise digestion des fibres musculaires dont les stries et les angles carrés sont conservés. L'insuffisance pancréatique peut être en cause, mais une accélération importante du transit peut également intervenir.

Ces troubles se traduisent chez deux malades par un syndrome de dénutrition grave avec amaigrissement de I2 kgs. chez l'un d'eux et oedèmes malléolaires.

Le taux des protides sanguins était effondré à 58 g./l. et à 45 g./l.

Les tests aux albumines marquées confirment l'existence d'une fuite au niveau du tractus digestif avec une radio-activité fécale supérieure dans les deux cas à 0,50 % de la quantité injectée.

Hypoglycémie :

Une glycémie à 0,80 - 0,85 g./l. fut mise en évidence chez ces trois malades.

Elle fut vérifiée chez l'un d'eux par une courbe plate d'hyperglycémie provoquée par voie orale.

L'épreuve au D. xylose vint confirmer chez ce même malade le trouble de l'absorption glucidique.

Responsabilité de la lambliase :

La confrontation de l'évolution clinique et parasitologique après traitement spécifique affirme la responsabilité de la parasitose.

La disparition du parasite s'accompagne constamment d'une régularisation du transit, d'une reprise de poids et d'une disparition des oedèmes.

Le taux des protides se normalise.

Le dosage pondéral des graisses et les épreuves à la tricléïne et à l'acide cléïque marqués affirment chez un malade la disparition de la stéatorrhée.

L'anémie se répare rapidement.

L'amylasémie modérément augmentée chez un malade revint à la normale après disparition du parasite.

ASSOCIATION de la LAMBLIASE a d'AUTRES PARASITOSES :

Parmi nos examens coprologiques, la lambliase coexiste le plus souvent avec une helminthiase ;
- 3 fois avec des trichocéphales,
- I fois avec un taenia.

Si l'helminthiase ne pose aucun problème de diagnostic parasitologique, une affection à trichomonas ou chilomastix peut être par contre source de difficultés.

Enfin, le seul problème ayant une portée thérapeutique est celui d'une amibiase associée.

"A notre avis, dit SCHNEIDER, toute lambliase doit faire rechercher une amibiase associée, d'où la nécessité, même après un traitement bien conduit, d'une recherche ultérieure d'autres parasites".

Nous avons noté deux fois la coexistence avec les amibes entamoeba minuta, donc en principe non pathogènes.

Par contre, nous avons relevé chez trois malades des antécédents d'amibiase.

oOo

2ème Groupe : coexistence de la lambliase avec une autre maladie

Nous avons relevé deux malades pour lesquels la lambliase contingente ne jouait aucun rôle.

- Le premier, d'origine nord africaine est hospitalisé à la suite d'un méloena compliquant une poussée ulcéreuse typique.
  Le transit gastro-duodénal confirme le diagnostic d'ulcère en objectivant une niche centro-bulbaire. Le tubage gastrique met en évidence une hypersécrétion associée à une hyperchlorhydrie.

  Un examen coprologique, systématique, permet la découverte de kystes de lamblias.

  Le traitement anti-ulcéreux amène la rétrocession de tous les troubles.
  L'association de quinacrine pourrait faire discuter un rôle éventuel des lamblias. Si des formes pseudo-ulcéreuses ont été décrites, elles sont dans tous les cas atypiques et il n'existe jamais de niche visible.
  La maladie ulcéreuse est la seule responsable des manifestations pathologiques.

- Le second malade est un jeune espagnol adressé dans le service après la découverte de kystes de lamblias dans les selles, une diarrhée ayant motivé cet examen.
  Une rectoscopie pratiquée systématiquement mit en évidence d'innombrables petits polypes. Le lavement baryté et la biopsie confirmèrent le diagnostic de polypose diffuse généralisée.
  Trois remarques s'imposent à propos de cette observation :
- le diagnostic de lambliase isolée ne doit être accepté qu'après avoir éliminé par la rectoscopie et le lavement baryté une lésion colique. Ce tableau en apparence banal, non spécifique, aurait pu être rattaché à la parasitose, si une rectoscopie n'avait été faite.

- La polypose peut avoir joué le rôle de facteur favorisant, propice au développement du parasite.
- Si l'infestation parasitaire pouvait être responsable des poussées diarrhéiques, elle n'en était pas moins un élément contingent.

Le malade fut adressé dans un service de chirurgie où l'on pratiqua une colectomie totale avec anus iliaque gauche définitif.

oOo

TRAITEMENT et EVOLUTION :

Les divers traitement utilisés s'avérèrent inefficaces jusqu'à l'apparition de la quinacrine en I938.

Celle-ci, administrée en cures de 5 jours, à raison de 0,30 g. apparut comme le traitement électif de la parasitose.

Cependant, la possibilité d'intolérance digestive et surtout de xanthodermie cutanée lui fait préférer actuellement le métronidazole ou flagyl.

Il est administré à raison de 2 à 3 comprimés par jour en cure de 7 à I0 jours, éventuellement renouvelables.

Méthodes :

Nos malades ont été traités par la quinacrine jusqu'en I96I, puis par le flagyl.

- I0 malades ont eu un traitement par la seule quinacrine.
- II malades ont eu une ou plusieurs cures de flagyl,
- 4 malades ont été traités par la nivaquine,
- chez 6 malades un traitement mixte, spécifique et symptomatique a été d'emblée institué, rendant difficile l'appréciation du facteur dominant.
- Les autres malades ont eu des cures alternées de ces divers médicaments, l'association la plus fréquente étant flagyl-quinacrine.

Ils ont tous eu en fin de cure un contrôle parasitologique des selles.

En outre, un nouveau contrôle a été effectué au bout de trois semaines à un mois chez 9 d'entre eux.

I0 ont subi un nouvel examen trois à six mois après le traitement.

4 enfin ont eu une nouvelle vérification parasitologique au bout de un an.

Résultats parasitologiques :

- La disparition des kystes de lamblias a été notée dans la majorité des cas, bien souvent après une seule cure de quinacrine ou de flagyl. Elle s'est maintenue lors des contrôles successifs hormis une seule fois.
- La résistance des kystes à la thérapeutique a été relevée une seule fois. Ils persistaient malgré deux cures de quinacrine et une cure de flagyl 4 mois après le début du traitement.
- L'inefficacité de la nivaquine a été notée chez un malade, les kystes disparaissant dès l'institution de la quinacrine.
- Une nouvelle élimination de kystes a été observée une fois, six mois après après le premier contrôle qui s'était révélé négatif.

Bien que les résultats parasitologiques soient excellents car supérieurs à 90 %, il importe cependant de répéter les examens coprologiques en raison des phases de négativité mais aussi en raison de la ténacité du parasite.

Résultats cliniques :

Sur le plan clinique, l'influence de la thérapeutique est souvent moins tranchée car s'il est facile d'apprécier la disparition de la diarrhée, la dyspepsie est par contre moins nettement influencée et elle s'intrique fréquemment avec des troubles colopathiques complexes.

- Nous pouvons cependant faire état de 24 guérisons en raison de la disparition des manifestations cliniques coïncidant avec la disparition des kystes.
  Dans 58 % des cas la lambliase était seule responsable de la génèse des troubles.

- A l'opposé, chez 6 malades, soit I5 %, le traitement s'est soldé par un échec. La disparition du parasite n'a été suivie d'aucune amélioration clinique.
  La colopathie chronique non influencée par la thérapeutique spécifique apparaît dominante chez ces malades.

- Enfin il existe un groupe intermédiaire de I2 malades pour lesquels il est difficile d'affirmer la prédominance d'un facteur. Le traitement spécifique a tantôt entraîné une amélioration incomplète et transitoire ou bien un traitement mixte a été d'emblée institué.
  La colopathie chronique et la lambliase pourraient conjuguer leur action dans le déterminisme des manifestations pathogènes.

Il existe une opposition entre deux groupes de malades.

- Les uns ont un tableau clinique simple, installé depuis quelques mois et le traitement est suivi d'une guérison.
- Les autres ont un long passé de troubles entéro-colitiques, émaillé de diverses infestations parasitaires et le traitement n'est suivi d'aucune amélioration malgré la disparition du parasite.

La lambliase, maladie isolée survenant chez un sujet à côlon sain guérit, alors que la lambliase greffée sur une colopathie ne représente bien souvent qu'un facteur accessoire.

Enfin, SCHNEIDER insiste sur la nécessité d'une recherche attentive d'amibes devant la persistance des manifestations cliniques attribuées initialement à la lambliase, malgré un traitement correct de celle-ci.

oOo

C O N C L U S I O N S

Nous rapportons 42 cas de lambliase attestés par la découverte du parasite dans les selles :

- Chez 24 malades, soit 58 % des cas, la parasitose semble seule responsable des troubles digestifs, en particulier intestinaux, disparaissant sous l'influence du traitement spécifique.
- Chez 6 malades, soit I5 % des cas, l'état digestif n'est pas modifié par le traitement de la lambliase.
- Enfin chez les I2 malades restant, soit une proportion de 27 %, il est difficile de conclure devant les résultats incomplets et transitoires de la thérapeutique qui entraîne cependant la disparition du parasite.

Trois remarques sont à faire :

I - La moitié des malades environ avait séjourné outre-mer et y avait souffert d'un épisode diarrhéique d'apparence banale.

2 - L'examen coprologique montre presque toujours une augmentation des fermentations acides et une accélération du transit.

3 - Chez trois malades, la lambliase seule a été responsable d'un syndrome de dénutrition grave avec malabsorption intestinale,

qui a **cédé** complètement au seul traitement spécifique.

Ces résultats confirment le caractère pathogène du lamblia intestinalis et la nécessité de son traitement systématique, ceci n'excluant pas bien entendu la recherche d'une autre affection.

oOo

Vu, le Président de Thèse :

Professeur CONTE.

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur G. BROUET

Vu, et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

AMINI F. -

- Giardiase de stéatorrhée.
J. Trop. Méd. Hyg. juillet I963, n° 7, I90. I92.

BAILENGER J. -

- Coprologie parasitaire et fonctionnelle.

BROUSSARD J. -

- Les syndromes de malabsorption intestinale de l'adulte par lamblias.
Lyon Méd. 20 octobre I963 N° 42.

BRUNET J.M. -

- La lambliase hépato-vésiculaire - discussion pathogénique et thérapeutique à propos d'un cas chirurgical.
Thèse PARIS Mai I956 N° 458.

CATTAN. -

- Les jéjuno-iléïtes infectieuses subaiguës et chroniques de l'adulte.
Semaine des Hôpitaux I959 - 35.

CATTAN. -

- Formes cliniques des jéjuno-iléïtes chroniques primitives
Arch. Mal. Aff. Dig. I960.

CATTAN. -

- Les duodénites parasitaires.
Sem. Hôp. PARIS. 73, I950.

CATTAN. -

- Etude des stéatorrhées.
Sem. Hôp. I953. 72.

CATTAN-LIGNY. -

- Jéjuno-iléïte mixte à lamblia et staphylocoque.
Presse médicale 69. 33. I96I.

CATTAN. -

- Les parasites de l'intestin grêle.
Presse médicale. 30, I954.

CHEVAT. -

- Contribution à l'étude de la giardiase à propos de I29 cas.
Thèse Méd. LYON. Sep. 60, N° 39.

COURT-ANDERSON. -

- Pathogénie des giardiases.
Méd. P. Australia I3. 436. 438. I959.

DARNAU-SARDOU. -

- Lamblia et examen coprologique fonctionnel.
Sem. Hôp. 39-40, 2.087. - 2.094. I964.

DEMOLE-LAMBELET. -

- Fréquence et importance de l'entérocolite à lamblias
Rev. suisse rom. IO. 6I3. 623. I954.

DUBARRY J.J., DUBARRY E. -

- Réflexion sur la lambliase, son traitement et ses formes cliniques.

EDELWEISS-VIEIRA. -

- Giardiase étude expérimentale sur le traitement.
Hospital mai I965. N° 5. I.045 - I.05I.

FELIX H., DURYOUX C. -

- Traitement de la lambliase par le métronidazole.
Lyon méd. 29 juillet I962. N° 30, I6I-I66.

GONDARD L. -

- Sur la répartition de lamblias dans le grêle supérieur.
Arch. Mal. Aff. Dig. octobre I960. N° IO. I.3I2-I.3I5.

GOIFFON R., GOIFFON B.
- Dosage des acides organiques, de l'ammoniaque et des acides aminés, dans les selles.
Sem. Hôp. PARIS, N° 8, déc. 58.

HILLEMAND-GOIFFON. -

- La lambliase.
Encyclopédie médico-chirurgicale.

IVCHTMAN M. -

- Le traitement de la giardiase.
Hôp. octobre I965. N° 4. 967-970.

LIGNY. -

- Contribution à l'étude de la lambliase.
Acta gastro-entérologica Belgica mars I965.

MAISON-BRUMPT. -

- Le traitement de la lambliase : Nivaquine ou quinacrine.
Arch. Mal. Aff. Dig. I952. N° 4. 44I-444.

MANDOUL R. -

- Biologie et pouvoir pathogène de giardia.
Algérie Méd. septembre I953. N° 9. 803. 8II.

MARTIN C. -

- Utilisation du flagyl dans le traitement de la lambliase de l'enfant.
P. Méd. Bordeaux décembre I962. N° I2. I.766-I.768.

PENA J. -

- Lambliase et syndrome coeliaque.
Rev. Clin. Esp. 28. février I962. N° 4. 266. 268.

ROBERT G. -

- Lambliase chez l'enfant, caeliakie par lambliase.
Lyon Méd. I4 février I960. N° 7. 437 - 439.

SECRETAN Ph. -

- La duodénite lamblienne.
Rev. suisse rom. juillet 1963. N° 7. 659 - 666.

SCHNEIDER. -

- La lambliase, aspect clinique et thérapeutique.
Maroc médical novembre 1956. N° 378.

SCHNEIDER. -

- Traitement de la giardiase par le métronidazole.
Bull. Soc. Path. Ex. janvier-février 1961 N° 1, 84-95.

SCHWARTSMAN-NETO. -

- Note sur le traitement de giardiase par le métronidazole.
Hôpital février 1964. N° 2. 327 - 331.

VEGHELYI. -

- A propos de la lambliase et de la stéatorrhée.
Bull. Soc. Hôp. Paris 1953. 26.

oOo

EDITIONS A.G.E.M.P.
8 RUE DANTE
- PARIS V° -
ODÉ 58-90